



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Plan de mejora en la detección precoz de
la depresión posparto

Project to improve early detection of
postpartum depression

Autora:

Sabrina Ibáñez Marín

Directora:

Laura Lasso Olayo

Facultad de Ciencias de la Salud

2020-2021

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	2
2. ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. OBJETIVOS.....	6
5. METODOLOGÍA.....	7
5.1. Planificación del proyecto.....	7
5.2. Búsqueda bibliográfica.....	7
5.3 Diseño del estudio	8
6. DESARROLLO.....	10
6.1 Planificación (Plan).....	10
6.2 Realización (Do)	12
6.3 Evaluación (Check)	15
6.4 Actuación (Act).....	17
7. CONCLUSIONES:.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	19
ANEXOS.....	23
Anexo I:	23
Anexo II:	24
Anexo III:	25
Anexo IV:	26
Anexo V:.....	27

1. RESUMEN

Introducción

La depresión posparto supone un importante problema de salud a nivel mundial.

Dada la gravedad que puede suponer no tratar dicho trastorno, resulta necesario dar visibilidad a esta enfermedad y proporcionar unos cuidados a la mujer y a su entorno de calidad.

Objetivo:

El objetivo principal es diseñar un plan de mejora dirigido a las matronas y matrones, para lograr aumentar así sus conocimientos sobre la depresión posparto y favorecer la detección precoz de los casos, además de mejorar el cuidado de las mujeres durante el embarazo y posparto, en los centros de salud de Zaragoza.

Metodología:

Tras realizar una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, se han seguido las etapas comprendidas en el "Ciclo de Deming" para la realización del plan de mejora. El ámbito de estudio son los centros de atención primaria de Zaragoza.

Conclusiones:

Resulta esencial el papel que desempeñan las matronas y matrones en la detección precoz de síntomas compatibles con depresión posparto, así como el cuidado que proporcionan a las mujeres en una etapa tan importante como es el embarazo y el puerperio. Una intervención enfermera temprana y adecuada, disminuye las complicaciones a largo plazo y logra aumentar el bienestar de la madre y su entorno.

Palabras clave:

Depresión posparto, depresión puerperal, depresión perinatal, prevalencia.

2. ABSTRACT

Introduction:

Postpartum depression is a global health problem. It is necessary to give this disease visibility as well as providing women and their environment with quality care, since not treating this condition may have dangerous consequences.

Objective:

This Project aims at designing an improvement plan addressed to midwives and midwives in order to increase their knowledge of postpartum depression. This way, early detection is possible, and women care is enhanced during the stages of pregnancy and postpartum in Zaragoza's health centres.

Methodology:

After an exhaustive bibliographic search in different data bases, several stages have been followed within the well-known "Deming cycle" in order to design an improvement plan. Zaragoza's Primary Health Care Centres are the field of study.

Conclusions:

Midwives' role in early postpartum depression symptoms is of paramount importance. Moreover, the care they provide to women during the pregnancy and the postpartum period becomes crucial. An early and adequate nursery intervention lowers long-term complications and increases the mother's and her surrounding's well-being.

Key words:

Postpartum depression, puerperal depression, perinatal depression, prevalence.

3. INTRODUCCIÓN

La OMS define la depresión como: “Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Además, es la principal causa mundial de discapacidad¹.

Según el National Institute of Mental Health (NIMH), la depresión posparto (DPP) es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres durante el embarazo y después del parto, y sus síntomas pueden ir desde leves a graves².

El embarazo y puerperio comprenden una etapa en la vida de la mujer, en la que se producen numerosos cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales. Es por ello, que las hace más vulnerables a sufrir ciertos trastornos psicológicos, entre los que cabe destacar la depresión posparto (DPP)³. La DPP es el trastorno psiquiátrico más común en el puerperio, caracterizada por presentarse entre la semana 4 y 30 del puerperio, y con una prevalencia del 10-15% a nivel mundial (1 de cada 6 mujeres sufren DPP)^{4,5,6,7}.

En la actualidad, la DPP es un trastorno poco tratado, y con un importante estigma social. Sentimientos como vergüenza, culpa o miedo a ser juzgadas se apoderan de las mujeres, ocultando su malestar psicológico⁸.

En muchas ocasiones, los síntomas de la DPP pasan desapercibidos y se confunden con los propios del embarazo. Esto conlleva a que, un número importante de puérperas, no sean diagnosticadas de tal trastorno, provocando un alto grado de discomfort en la mujer y en el futuro desarrollo del niño^{6,9}.

La sintomatología depresiva no tratada, se asocia a numerosas complicaciones que repercuten en la salud del niño durante el embarazo y en el posparto. Nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, problemas de conducta en niños en edad preescolar, niños más propensos a sufrir ansiedad o depresión cuando se conviertan en adolescentes, son algunas de las múltiples consecuencias que puede tener no tratar adecuadamente la salud mental de la mujer durante esta etapa⁸.

Las matronas y matrones desempeñan un papel muy importante, siendo proveedores del cuidado de la mujer durante el embarazo y posparto¹⁰.

Además, no solo contribuyen a detectar precozmente dicho trastorno, sino que también ayudan a prevenirlo ante la presencia de factores de riesgo que favorezcan su aparición⁸.

Una herramienta muy útil para la detección de síntomas depresivos en mujeres en el posparto y en el embarazo es la Escala de la Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) (**Anexo I**). La EPDS es una encuesta ampliamente utilizada a nivel mundial. Fue diseñada para la detección de síntomas depresivos en mujeres que han dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas cortas con 4 alternativas diferentes como respuesta, en las cuales la mujer debe indicar como se ha sentido durante los últimos 7 días. Cada respuesta tiene una puntuación que va de 0 a 3 en función de la gravedad de los síntomas. Una puntuación mayor o igual de 10 sugiere la probabilidad de que la mujer este sufriendo depresión^{10,11,12}.

Otra herramienta de cribado de depresión que puede resultar de interés es el cuestionario sobre salud del paciente (PHQ)¹³ (**Anexo II**).

Son muchos los autores que afirman que la aplicación estandarizada de escalas, como la EPDS durante el embarazo y tras el parto mejoran la detección precoz de los trastornos del estado del ánimo y evitan su empeoramiento o cronificación en el tiempo^{8,14}. Es por ello, que las matronas y matrones deben conocer en profundidad y hacer uso de las herramientas que disponen para hacer frente a este tipo de trastornos¹².

En la actualidad, la prevalencia de los trastornos mentales está aumentando, interfiriendo en el bienestar de las personas que los padecen, así como en el de su entorno. Según el Plan de salud mental 2017-2021 del gobierno de Aragón, en 2015 uno de los diagnósticos más frecuentes en los pacientes atendidos fue la depresión¹⁵.

Por ello, dada la alta incidencia de este trastorno y las graves consecuencias que puede provocar no tratar la DPP adecuadamente, además de la deficiente atención y recursos dirigidos a los trastornos mentales, se considera necesario realizar un plan de mejora en la identificación precoz de síntomas y cuidados proporcionados a las mujeres durante el embarazo y tras el parto, en las consultas de las matronas y matrones de los centros de atención primaria de Zaragoza¹⁵.

4. OBJETIVOS

- **Objetivo general:**

- Mejorar la identificación precoz de síntomas de DPP y cuidado de las mujeres en el embarazo y posparto en los centros de atención primaria de Zaragoza.

- **Objetivos específicos**

- Entregar a las mujeres información clara y concisa sobre la DPP.
- Identificar los síntomas precoces de DPP.
- Entregar a las mujeres la Escala de la Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) en el segundo control de embarazo y 8 semanas posparto para identificar precozmente la DPP.
- Realizar un seguimiento individualizado tras el parto.
- Conocer en profundidad la DPP y las alternativas disponibles para su detección y tratamiento

Palabras clave

Depresión posparto, depresión puerperal, depresión perinatal, embarazo, prevalencia.

5. METODOLOGÍA

5.1. Planificación del proyecto

A través del siguiente Diagrama de Gantt, se expone la duración que ha tenido cada actividad durante la realización del trabajo:

	10-feb	14-feb	11-mar	15-mar	16-mar	17-mar	22-mar	25-mar	28-mar	30-mar	14-abr	22-abr	25-abr	28-abr	30-abr	1-may	2-may	3-may
Elección del tema																		
Revisión bibliográfica																		
Introducción																		
Objetivos																		
Metodología																		
Bibliografía																		
Desarrollo																		
Conclusiones																		
Resumen																		
Anexos																		
Índice																		
Revisión																		
Power Point																		

5.2. Búsqueda bibliográfica

A) Bases de datos

Bases de datos	Palabras clave	Limitaciones	Artículos encontrados	Artículos leídos	Artículos seleccionados
Science Direct	Depresión perinatal	2015-2021	142	14	2
Scielo	Depresión perinatal	2012-2020	56	10	1
	Depresión postparto		32	5	3
	Depresión embarazo		74	8	2
Dialnet	Depresión perinatal	2012-2021	74	12	2
Elsevier	Depresión puerperal	2010-2021	75	8	1

Google Académico	Depresión posparto	2021	17	7	2
	Depresión puerperal prevalencia	2017-2021	60	11	2
Pubmed	Postpartum depression prevention	2016-2021	474	8	1

B) Libros

- Shoshana S. Bennett, PhD Pec Indman. Más allá de la melancolía. Una guía para comprender y tratar la depresión y la ansiedad prenatal y posparto.

C) Páginas web

- Organización Mundial de la Salud
- Gobierno de Aragón
- Gobierno de Chile

5.3 Diseño del estudio

El modelo utilizado para el desarrollo de este proyecto es el "Ciclo de Deming", también conocido como PDCA. Se trata del método más usado para lograr un sistema de mejora continua de la calidad. Esta herramienta permite identificar las causas que intervienen en un problema, para posteriormente actuar sobre ellas y conseguir aumentar la calidad¹⁶.

El abordaje se lleva a cabo mediante el seguimiento de 4 fases¹⁶:

Plan o planificar (P): se identifica el problema, se analizan las causas que lo generan y, finalmente, se planifican las acciones que se llevarán a cabo para el correcto desarrollo del plan.

Do o hacer lo que se planifica (D): consiste en poner en marcha el plan de mejora elaborado y realizar su seguimiento. El plan estará compuesto por

las actividades necesarias para desarrollar los objetivos formulados en el plan de mejora.

Check o controlar lo que se hace (C): consiste en comparar los resultados obtenidos con los esperados.

Act o actuar en consecuencia para mejorar los resultados (A): consiste en aplicar los resultados obtenidos para continuar estudiando nuevas mejoras y para reajustar los objetivos.

Ámbito del estudio

Centros de salud de Zaragoza.

Sujetos de estudio

Matrones y matronas.

Materiales

EQUIPOS	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador - Altavoces - Proyector 	250 € 150 € 70 €
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> - Matró/a - Enfermera/o especialista en salud mental - Enfermero/a especialista en pediatría 	20 €/h 20 €/h 20 €/h 4 sesiones (4 horas en total) x 20€/h= 80 €
RECURSOS MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Bolígrafos (30) - Fotocopias cuestionarios (30) 	0,60 x 30= 18 € 0,08 x 30= 2,4 €
ESPACIO	<ul style="list-style-type: none"> - Reserva de sala en el centro cívico 	6 €/hora x 4 horas= 24 €
TOTAL		594,4 €

El presupuesto final del plan es de 100,4 euros, ya que, el ordenador, altavoces y proyector, son propiedad del centro cívico y, al igual que la reserva de la sala, son cedidos por el centro durante el tiempo que duran las sesiones propuestas.

Consideraciones éticas

La autora declara no tener ningún conflicto de interés en la elaboración de este proyecto.

6. DESARROLLO

6.1 Planificación (Plan)

A) Definición del problema

- El problema que se propone: la elevada incidencia de mujeres que sufren DPP y no son diagnosticadas, y las repercusiones que esto provoca en la mujer, en el desarrollo del recién nacido y a su entorno.
- Beneficios esperados^{6,12}:
 - Para la paciente/entorno:
 - Disminución de los casos de depresión crónica
 - Disminución del número de complicaciones derivadas tanto en la madre, como en el recién nacido
 - Mejor relación con el bebé y su entorno
 - Aumento de la satisfacción de la atención recibida
 - Aumento del bienestar
 - Aumento de conocimientos
 - Para los profesionales:
 - Aumento del conocimiento sobre DPP
 - Mejora en la calidad de los cuidados proporcionados
 - Aumento de la satisfacción personal

B) Análisis causal del problema:

Para identificar las causas posibles que intervienen en el problema, se ha realizado una representación gráfica a través del diagrama de Ishikawa o causa-efecto, conocido también como diagrama de pescado. En él, queda reflejada la relación entre el efecto (problema) y sus causas probables^{6,16}.



C) Desarrollo del problema:

Debido a que la DPP se considera un importante problema de salud pública, es necesario abordarlo desde primera línea de atención primaria en la consulta de la matrona o matró, ya que es el profesional que está presente durante el periodo que comprende el embarazo y puerperio^{12,17}.

La presencia de determinados factores de riesgo hace que algunas mujeres tengan mayor probabilidad de desarrollar DPP, pero no existe ningún

prototipo de mujer que sea más propensa a padecerla⁹. Algunos de esos factores pueden ser, ansiedad materna, acontecimientos vitales estresantes, antecedentes personales de depresión o embarazo no deseado entre otros muchos^{17,18}.

Aunque es un problema de salud muy prevalente, ha empezado a tener mayor visibilidad en los últimos años, incluyendo el embarazo, como pieza clave en el desarrollo de los primeros síntomas de depresión y, por tanto, momento en el cual hay que empezar a aplicar escalas de detección, como la EPDS^{17,19}. Diversos autores coinciden en que la tasa de diagnóstico de DPP es muy baja. Además, no se realiza un adecuado seguimiento de la salud mental de la madre durante el embarazo y posparto, ya que en muchas ocasiones no se administra la EPDS durante los controles^{6,19,20}.

Hay variación en los tiempos de aplicación de la EPDS en el posparto, oscilando entre las 4, 6 y 8 semanas²⁰. Algunos estudios recomiendan aplicar la EPDS en la semana 8 posparto, coincidiendo el tiempo de mayor incidencia de DPP y la disminución de síntomas atribuidos al periodo de adaptación normal, detectando así el mayor número de casos de DPP y evitando los falsos negativos^{17,21}. De la misma forma, se ha comprobado que muchos de los casos de DPP detectados en el puerperio, tuvieron su origen durante el embarazo. Es por ello que resulta necesario comenzar con la detección precoz de síntomas durante el período de gestación¹⁹.

6.2 Realización (Do)

Como se expone en el diagrama de Ishikawa, el principal problema que se pretende solucionar con este plan es el infradiagnóstico de los casos de DPP. Para ello, se ha elaborado un plan de mejora que tendrá una duración de 1 año.

Antes de la puesta en marcha del plan, se pedirán los permisos pertinentes para la realización de las diferentes actividades que lo componen.

El plan de mejora se desarrollará en dos partes:

La primera parte del plan constará de 4 sesiones clínicas en total; 1 por semana durante 1 mes. La duración de cada sesión será de 1 hora aproximadamente.

Las sesiones se llevarán a cabo durante el mes de mayo, los miércoles en horario de 10 a 11 y 15 de la mañana.

El lugar escogido para la realización de las sesiones será el centro cívico Delicias. Dado que es el barrio más poblado de Zaragoza y su localización es céntrica, se considera un buen lugar para llevar a cabo el plan.

Las sesiones serán impartidas por los siguientes profesionales:

- Matró/a
- Enfermera/o especialista en salud mental
- Enfermera/o especialista en pediatría

Este plan de mejora está dirigido a los matrones y matronas principalmente, ya que son los responsables de detectar síntomas compatibles con algún trastorno mental desde etapas tempranas como el embarazo, pero a las sesiones también pueden acudir otros profesionales como por ejemplo, aquellas enfermeras o enfermeros especialistas en pediatría, salud mental o que simplemente quieran ampliar sus conocimientos sobre la DPP.

Dado el problema de aforos, las sesiones se podrán seguir de forma telemática a través de Google meet.

A continuación, se expone el contenido de las 4 sesiones clínicas:

SESIÓN 1: La depresión posparto como problema actual de salud pública.

- Valoración inicial, previa a las sesiones formativas para valorar el grado de conocimiento de la DPP por parte de los participantes (**Anexo III**). Al finalizar las sesiones se volverá a pasar este cuestionario para comprobar si han aumentado los conocimientos sobre la DPP en los participantes.
- En esta primera sesión se pretende dar a conocer la DPP, exponiendo las cifras de prevalencia a nivel mundial, además de concienciar a los profesionales sobre la importancia del diagnóstico precoz de los síntomas, así como aprender a identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de DPP.

SESIÓN 2: Repercusiones en el núcleo familiar.

- El objetivo de esta sesión es conocer en profundidad las consecuencias que tiene la no detección de la DPP en el recién nacido, la madre y el entorno familiar.

SESIÓN 3: La escala de la Depresión Posparto de Edimburgo como herramienta universal de cribaje.

- Conocimiento de la EPDS; utilidad, tiempos de aplicación y cómo interpretar los resultados obtenidos en consulta.

SESIÓN 4: Herramientas para el abordaje de la depresión posparto en consulta.

- En esta última sesión se enseñarán diferentes estrategias no farmacológicas para abordar la DPP en la consulta. Entre ellas destacan⁶:
 - o Psicoeducación
 - o Psicoterapia
 - o Intervenciones psicoterapéuticas basadas en Mindfulness
 - o Grupos de apoyo
- Finalmente, se pedirá a los participantes que rellenen nuevamente el cuestionario administrado en la primera sesión, con el fin de conocer si han resultado efectivas las sesiones, y ver un aumento en los conocimientos.

El objetivo es dar visibilidad a esta enfermedad, con el fin de mejorar la detección de síntomas precoces de DPP. Se pretende que, al finalizar las 4 sesiones, los participantes conozcan la DPP en profundidad, así como las diferentes formas de abordarla y estrategias para un diagnóstico y actuación precoz frente a los primeros síntomas.

La segunda parte del plan la llevarán a cabo las matronas y matrones en sus respectivas consultas. La idea es conseguir que pongan en práctica todo lo aprendido durante las sucesivas sesiones y mejoren así la detección de los casos de DPP en Zaragoza, así como prestar un cuidado de mayor calidad.

6.3 Evaluación (Check)

Con el fin de analizar si se están consiguiendo los objetivos propuestos, se han elaborado 4 indicadores¹⁶:

Indicador número 1: de estructura

Indicador: disponibilidad de sala con ordenador y proyector en el Centro Cívico Delicias.

Dimensión: disponibilidad

Fórmula: nº de salas con ordenador y proyector en el Centro Cívico Delicias / Nº de salas en total x 100

Período de tiempo: 4 horas durante 1 mes

Aclaración de términos: se preguntará sobre la disponibilidad de la sala para la realización de las sesiones

Justificación: es necesario conocer el número de salas con las características mencionadas para poder llevar a cabo la realización de las sesiones que componen el plan de mejora.

Responsable de recogida: los profesionales encargados de realizar las sesiones

Frecuencia de recogida: al comienzo del plan de mejora

Tipo de indicador: de estructura

Fuente: las enfermeras o enfermeros que impartirán las diferentes sesiones elegirán la sala que mejor se adapta a sus necesidades.

Estándar: el 60% de salas deberían tener ordenador y proyector.

Indicador número 2: de proceso

Indicador: número de pacientes a las que se ha administrado la EPDS en el segundo control del embarazo y 8 semanas posparto.

Dimensión: eficacia

Fórmula: número de pacientes a las que se ha administrado la EPDS en el segundo control del embarazo y 8 semanas posparto / número total de pacientes x 100

Período de tiempo: 1 año

Aclaración de términos: mediante el registro en el programa utilizado en atención primaria (OMI), se podrá saber si los matrones y matronas han aplicado la EPDS en sus consultas.

Justificación: de esta forma se podrá saber si las matronas o matrones están aplicando la EPDS durante los tiempos propuestos, con el fin de identificar los casos de DPP.

Responsable de recogida: matronas y matrones de cada centro de salud.

Frecuencia de recogida: transcurrido el período de 1 año, desde el comienzo del plan.

Tipo de indicador: de proceso

Fuente: cada matrona o matrán recogerá el número de veces que ha aplicado la EPDS mediante su registro en OMI y posteriormente lo transmitirán a las enfermeras encargadas de la realización de las sesiones.

Estándar: se espera un porcentaje de aplicación del 100%

Indicador número 3: de resultado

Indicador: grado de satisfacción de los participantes.

Dimensión: eficacia

Fórmula: número de profesionales satisfechos / número total de profesionales que han asistido x 100

Período de tiempo: 1 hora por semana durante 1 mes

Aclaración de términos: una vez finalizadas las sesiones, se administrará un cuestionario (**Anexo IV**) a los participantes haciendo referencia a la calidad del plan.

Justificación: resulta esencial conocer el grado de satisfacción de los participantes, con el fin de seguir con la misma dinámica de cara a futuras sesiones o si, por el contrario, necesita mejorar.

Responsable de recogida: enfermeras o enfermeros responsables de las sesiones

Frecuencia de recogida: al finalizar la cuarta sesión

Tipo de indicador: de resultado

Fuente: las enfermeras y enfermeros encargados de organizar las sesiones repartirán la encuesta a los participantes.

Estándar: se espera un grado de satisfacción de al menos el 85%.

Indicador número 4: de calidad

Indicador: porcentaje de pacientes satisfechas con el trato recibido en consulta, en relación a su salud mental.

Dimensión: calidad

Fórmula: pacientes satisfechas con el trato recibido durante sus controles de embarazo y posparto / total de pacientes atendidas x 100

Período de tiempo: 1 año

Aclaración de términos: a los 3 meses tras el parto, la matrona o matrona proporcionará un cuestionario a su paciente para que ésta evalúe la atención recibida durante el embarazo y en el puerperio.

Justificación: comprobar si el plan de mejora ha sido efectivo

Responsable de recogida: matronas o matronas

Frecuencia de recogida: a los 3 meses posparto.

Tipo de indicador: calidad

Fuente: Cuestionario (**Anexo V**)

Estándar: se espera que al menos el 90% de las pacientes esté satisfecha con el trato recibido.

6.4 Actuación (Act)

Una vez llevado a cabo el plan, se analizarán los resultados obtenidos y se valorará si se han conseguido los objetivos propuestos.

Si los resultados no son los esperados, será necesario realizar una nueva valoración de la situación, con el fin de identificar las causas que intervienen en el problema y volver a plantear otras actividades para la consecución de los objetivos planteados.

7. CONCLUSIONES:

1. Con el desarrollo de este plan de mejora, se pretende lograr un aumento de los conocimientos por parte de los matrones y matronas sobre la DPP.
2. Dada la cercanía que enfermería tiene con el paciente, desempeña un papel clave en la detección precoz de la DPP. Por ello, es importante hacer uso de todos los recursos de los que dispone, para lograr unos cuidados de calidad. Además, es esencial la formación y actualización constante en conocimientos referentes a salud mental por parte de los profesionales.
3. Tras las sesiones realizadas, se pretende concienciar a los profesionales de la importancia que tiene la salud mental, favoreciendo así la disminución del estigma social que a día de hoy sigue existiendo con las enfermedades mentales, además de mejorar los cuidados proporcionados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. [Citado 30 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
2. National Institute of Mental Health. Depresión perinatal [Internet]. [Citado 30 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal/index.shtml>
3. Medina E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Revista de perinatología y reproducción humana [Internet]. Enero 2013 [citado 30 marzo 2021]; 27(3): 185-193. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lang=pt
4. González BA, López Tello V, Merino Salán M, Fernández Fernández P, Alonso del Rivero Hernández VC, Fernández Díaz MN. Actualización en depresión postparto. Tiempos de enfermería y salud [Internet]. 2017 [citado 31 marzo 2021]; 3(1): [4 p.]. Disponible en: https://enfermeriaysalud.es/wp-content/uploads/2017/11/alba_gonzalez_2017_03_en_prensa.pdf
5. Molero K, Urdaneta Machado JR, Sanabria C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, Azuaje Quiroz E et al . Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2014 [citado 1 abril 2021] ; 79(4): 294-304. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000400008&lng=en.
6. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet].

- 2020 [citado 31 marzo 2021]; 31(2): 139-149. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-diagnostico-estrategias-S0716864020300183?referer=buscador>
7. Organización Mundial de la Salud. ¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo?. Campañas mundiales de salud pública de la OMS [Internet]. 2016-2017 [citado 31 marzo 2021]. Disponible en:
<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>
8. Shoshana S. Bennnett, PhD, Pec Indman, PA, EdD, MFT, PMH-C. Más allá de la melancolía. Una guía para comprender y tratar la depresión y la ansiedad prenatal y posparto. San Francisco: Untreed Reads; 2019.
9. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Revista médica chilena [Internet]. Jul 2015 [citado 30 marzo 2021] ; 143(7): 887-894. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700010&lng=es.
10. Tamires Alexandre Félix, Nogueira Ferreira Adriana Gomes, d' Ávila Siqueira Danielle, Vieira do Nascimento Katia, Ximenes Neto Francisco Rosemiro Guimarães, Muniz Mira Quiteria Livia. Actuación de enfermería frente a la depresión posparto en las consultas de puericultura. Enferm. glob. [Internet]. 2013 Ene [citado 25 abril 2021] ; 12 (29): 404-419. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100022&lng=es.
11. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh. British Journal of Psychiatry [Internet]. 1987 [citado 26 abril 2021]; 150. Disponible en:

https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

12. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Revista médica de Chile [Internet]. 2008 [citado 26 abril 2021] ; 136(7): 851-858. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000700005&lng=es.
13. Rodríguez Muñoz M, Castela Legazpi PC, Olivares Crespo ME, Soto Balbuena C, Izquierdo Méndez N, Ferrer Barrientos JF et al. PHQ-2 como primer instrumento de cribado de la depresión perinatal. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 30 marzo 2021]; 91:[8 p.]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL91/ORIGINALES/RS91C_MFRM.pdf
14. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Women's health [Internet]. 2019 [citado 30 marzo 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31035856/>
15. Gobierno de Aragón. Plan de salud mental 2017-2021 [Internet]. Zaragoza [Citado 28 marzo 2021]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PlanSaludMental_Aragon_2017_2021.pdf/7efb948f-3e16-9d8e-a545-ed319043054b
16. Mora Martínez JR. Guía metodológica para la gestión clínica por procesos: aplicación en las organizaciones de enfermería [Internet]. Madrid: Díaz de Santos, S.A; 2003 [citado 30 marzo 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=GNw5VYIOk8kC&oi=fnd&pg=PA1&dq=ciclo+de+deming+enfermeria&ots=d5pgELY9-X&sig=J_jbBIUjaXIfpdpFd97v843YM#v=onepage&q=ciclo%20de%20deming&f=false

17. Marcos Nájera R, Rodríguez Muñoz M, Izquierdo Mendez N, Olivares Crespo ME, Soto C. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. Clínica y Salud [Internet]. 2017 [citado 25 abr 2021]; 28 (2): 49-52. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S113052741730018X?token=F166E0E726B418FA0ACD69DA69DF05D5A62DF518E0F1E04DEC65FB64D9694476CD8F4975F010093BE226FA0A54E8896&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210413160751>
18. Malpartida Ampudia MK. Depresión postparto en atención primaria. Revista médica sinergia [Internet]. 2020 [citado 24 abril 2021]; 5(2): [10 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7399124>
19. Ministerio de salud. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto, y apoyo al tratamiento [Internet]. Santiago: minsal; 2014 [citado 26 abr 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypartofinal12032014.pdf>
20. García Vega M, Mingote Adán JC, Muñoz Gállico E, Isla I, Hernández García JM. Utilidad de las escalas y cuestionarios psiquiátricos aplicados durante el periodo gestacional y el diagnóstico de depresión puerperal. Psiquiatría perinatal y reproducción. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace [Internet]. 2012 [citado 26 abril 2021]; 102: [7 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393219>
21. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. Revista Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Dic [citado 22 abril 2021] ; 38(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016&lng=es.

ANEXOS

Anexo I:

Escala de Edimburgo.

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (<i>J Psychosom Obstet Gynecol</i> 1995; 16: 187-91)	
ESCALA DE EDIMBURGO	
Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.	
En los últimos 7 días:	
1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i> tanto como siempre no tanto ahora mucho menos ahora no, nada	6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i> sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i> tanto como siempre menos que antes mucho menos que antes casi nada	7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i> sí, la mayor parte del tiempo sí, a veces no con mucha frecuencia no, nunca
3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i> sí, la mayor parte del tiempo sí, a veces no con mucha frecuencia no, nunca	8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i> sí, la mayor parte del tiempo sí, bastante a menudo no con mucha frecuencia no, nunca
4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i> no, nunca casi nunca sí, a veces sí, con mucha frecuencia	9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i> sí, la mayor parte del tiempo sí, bastante a menudo sólo ocasionalmente no, nunca
5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i> sí, bastante sí, a veces no, no mucho no, nunca	10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i> sí, bastante a menudo a veces casi nunca nunca

Fuente: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh. *British Journal of Psychiatry* [Internet]. 1987 [citado 26 abr 2021]; 150. Disponible en: https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

Anexo II:

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)				
Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. Poco interés o alegría por hacer cosas	0	1	2	3
2. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o de tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	0	1	2	3
<p>FOR OFFICE CODING <u>0</u> + _____ + _____ + _____</p> <p>=Total Score: _____</p>				
<p>Si ha marcado <u>alguno</u> de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado <u>dificultades</u> para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?</p>				
<p>Ninguna dificultad</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Algunas dificultades</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Muchas dificultades</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Muchísimas dificultades</p> <p><input type="checkbox"/></p>	

Fuente: Pfizer to offer free public Access to mental health assessment tools to improve diagnosis and patient care. Pfizer Inc [Internet]. 2010. Disponible en:

https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/PHQ9_Spanish%20for%20Spain.pdf

Anexo III:

VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE DEPRESIÓN POSPARTO (DPP)

Para valorar el grado de conocimientos sobre DPP, por favor, responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Conoce usted la DPP? Explique brevemente en qué consiste:

2. ¿Cree que se trata de un problema muy prevalente en nuestro país?

3. ¿Conoce las consecuencias de no tratarla?

4. ¿Cree que puede tener repercusiones en el recién nacido y su entorno, no tratarla precozmente?

5. ¿Conoce alguna escala utilizada para la detección de síntomas compatibles con DPP? Si es así, indique cuál:

6. ¿Conoce los tiempos de aplicación de la escala anteriormente mencionada?

7. ¿Conoce alguna estrategia no farmacológica para abordar la DPP?

Fuente: Elaboración propia

Anexo IV:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Para valorar el grado de satisfacción sobre las sesiones realizadas, por favor, responda a las siguientes preguntas:

1. Antes de asistir a las sesiones, ¿conocía usted la depresión posparto (DPP)?

☐ SI ☐ NO

2. ¿Considera que tras las sesiones realizadas, sus conocimientos en relación a la DPP han aumentado?

☐ SI ☐ NO

3. ¿Le ha parecido adecuada la duración de cada sesión?

☐ SI ☐ NO

4. ¿Le ha parecido adecuado el contenido de cada sesión?

☐ SI ☐ NO

5. Por favor, indique en una escala del 1 al 5 el grado de satisfacción sobre las sesiones (0 nada satisfecho, 5 muy satisfecho):

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. ¿Qué aspectos mejoraría o incluiría en futuras sesiones?

Fuente: Elaboración propia

Anexo V:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Para valorar el grado de satisfacción sobre el trato recibido en consulta, por favor, responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Piensa usted qué, durante su embarazo, ha sido atendida adecuadamente en consulta?

☐ SI ☐ NO

2. ¿Piensa usted qué, durante el posparto, ha sido atendida adecuadamente en consulta?

☐ SI ☐ NO

3. ¿Se ha sentido comprendida y escuchada durante todo el proceso?

☐ SI ☐ NO

4. ¿Siente que sus dudas han sido resueltas?

☐ SI ☐ NO

5. Por favor, indique en una escala del 1 al 5 el grado de satisfacción sobre la atención recibida (0 nada satisfecho, 5 muy satisfecho):

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. ¿Qué aspectos mejoraría sobre el trato recibido?

Fuente: Elaboración propia